Uteruscarcinom und Gravidität.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 23. März 1900.

NEBST DER ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Arnold Witkowski

aus Posen.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Lewek
„ Dr. med. Carow
„ Zahnarzt Witkowski

BERLIN.

Buchdruckerei von E. Cohn, Alexanderstrasse 38a.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30598941

Seiner treuen Mutter

in innigster Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Trotz der zahlreichen Erfahrungen, die einzelne Gynäkologen in der Behandlung des Uteruscarcinoms gesammelt haben, trotz der genauen Kenntnis der anatomischen Verhältnisse und der grossen Fortschritte der Chirurgie bildet der Gebärmutterkrebs noch immer ein trauriges Kapitel der Medizin. Traurig nicht nur deshalb, weil er in allen Ländern, bei allen Völkerschaften jährlich so zahlreiche Opfer fordert, sondern auch weil er, da man seine Entstehungs- und Entwickungsursache nicht kennt, das Gemüt der gesunden Frau sowohl, wie der an einer anderen Krankheit leidenden mit Angst und Sorgen erfüllt.

Da nun das Carcinoma uteri ein so weit verbreitetes Übel ist, so dürfte die Untersuchung nicht uninteressant sein, welchen Einfluss die Krankheit auf die Schwangerschaft der Frau hat, und welches die rationellste Behandlung bei dieser Complikation sein dürfte.

Ebensowenig wie die frühere Anschauung noch Geltung hat, dass das Carcinom die Conceptionsfähigkeit der Frau derartig beeinträchtigt, dass eine Complikation von Gravidität und Carcinoma uteri ein sehr seltenes Ereignis ist, ebenso irrig ist die Ansicht Cohnstein's, der die Behauptung aufstellt, dass das Carcinom des collum uteri die Conception begünstige. Er begründet diese seine Anschauung damit, dass er unter 58 Fällen 19 fand, welche Frauen zwischen 34—37 Jahren betrafen, und 23, welche Frauen von 38—49 Jahren betrafen. Und wenn auch zugestanden werden muss, dass die Gravidität bei Frauen im Alter von 38—49 Jahren immerhin eine seltenere Erscheinung ist, so ist durch die 23 oben angeführten Fälle doch keineswegs bewiesen, dass die Conception durch das Carcinoma colli uteri begünstigt werde.

Indem er einen Fall von Lampe anführt, in welchem nach einer Pause von 12 Jahren die Conception zu einer Zeit erfolgte, wo die Krebsinfiltration eben begonnen hatte, stellt er die Behauptung auf, dass Schwangerschaften beim Gebärmutterkrebs gewiss noch häufiger vorkommen würden, wenn nicht die Blutungen und Schmerzen bei Ausübung des Beischlafes, die stinkenden und ekelerregenden Ausflüsse

die Cohabitation weniger erstrebenswert machten. Und wodurch begünstigt das carcinoma colli uteri den Eintritt der Schwangerschaft? Die am Gebärmutterkrebs leidenden Frauen sind vorwiegend Mehrgebärende, bei welchen der Muttermund an und für sich offen steht. Durch die krebsige Infiltration wird die Öffnung gesteigert und die in den Mutterhalskanal vortretenden Falten der Schleimhaut ausgeglichen. Diese Anschauung ist durch die von Stratz angegebene Statistik widerlegt.

Hierbei sei auch erwähnt, dass auch die Untersuchungen betreffend den Einfluss der Gravidität auf das Carcinoma uteri durchaus noch zu keinem übereinstimmenden Resultate geführt haben. Denn während Cohnstein und andere einen günstigen Einfluss auf die Entwickelung des Carcinoms der Gravidität zuschreiben, — Cohnstein sah in 13 derartigen Fällen 4 mal einen vollständigen Stillstand — haben andere die Meinung, dass infolge der Gravidität der Process viel rascher fortschreitet. Für diese letztere Anschauung hat Zweifel einen in die Augen springenden Beweis erbracht.

Er hat bei einer Patientin die Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe durch einen Faden

gekennzeichnet und so innerhalb von 14 Tagen ein Fortschreiten des Carcinoms auf die gesunde Vaginalschleimhaut der Portio in der Breite zweier Querfinger beobachtet. Ich selbst hatte in der Professor Martinschen Klinik Gelegenheit bei einer mit Carcinom behafteteten Graviden ein auffallend schnelles Weiterschreiten der Krankheit zu beobachten; allerdings kann ich nicht mit Bestimmtheit behaupten, dass nicht hier auch ohne Gravidität das Carcinom besonders schnelle Fortschritte gemacht hätte, wohl aber, dass die Gravidität das Fortschreiten, mag das Carcinom die Conception begünstigen, oder nicht, mag die Gravidität auf das Wachstum des Carcinoms von Einfluss sein, oder nicht, die Thatsache ist jedenfalls nicht wegzuleugnen, dass die Complikation von Carcinom und Gravidität nicht blos möglich ist, sondern auch nicht gar zu selten dem Arzte begegnet.

Von den Fällen, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, seien hier einige ausführlich geschildert.

Die 34 Jahre alte Verkäuferin Emma W. in Berlin, Reichenbergerst. 6 wohnhaft, mit Muttermilch genährt, ist immer gesund gewesen. Sie wurde seit ihrem 17. Lebensjahre regelmässig menstruiert. Die Blutungen dauerten ca. 5 Tage und waren ziemlich

reichlich. Im Alter von 28 Jahren erkrankte sie an Syphilis und abortierte 3 Monate später. 31 Jahre alt, wurde sie von neuem gravida, ein lebendes Kind durch die Zange geboren. Das Kind stirbt schon nach 14 Tagen, wie Patientin angiebt, an Schwäche, sie selbst nach einer Puerperium von 2 Wochen gesund, doch merkt sie in ihren Gliedern eine Mattigkeit und Schwäche, sodass sie nur mit grosser Mühe ihrer Beschäftigung nachgehen kann. 3 Jahre später dauernde Blutungen, welche die Patientin vollständig arbeitsunfähig machten.

Diagnose: Carcinoma cervicis und Graviditas. Der behandelnde Arzt rät zur sofortigen Operation. Patientin sucht am 12. April die Klinik auf, und folgender Status wird aufgenommen:

Die Gravida ist eine mittelgrosse, ziemlich elend aussehende Person von feinem Knochenbau und scheinbaren Spuren einer überstandenen Rhachitis; Mammae sind mittelgross, schlaff hängend, zeigen ein sehr geringes Fettpolster. Die Warze ist cylindrisch, tief eingezogen; es entleert sich auf leichten Druck Colostrum, das Abdomen ist kugelig gestaltet, straff gespannt, zeigt geringes Oedem, das corpus uteri ist dextrovertiert, der Fundus erreicht den Rippensaum, der Nabel ist

verstrichen, striae sind zahlreich, aber schwach angedeutet. Aeusserlich ist der Rücken der Frucht links zu fühlen, ebenso kleine Teile links. Der Kopf steht, beweglich auf dem Beckeneingang. Introitus und vagina sind mässig weit, die Scheide secerniert reichlich. Portio und Cervikalkanal sind 4,1 cm lang, sehr rigide. Der Muttermund ist für zwei Finger bequem durchgängig; um denselben herum sind carcinomatöse bis auf das hintere Scheidengewölbe sich erstreckende Massen zu fühlen.

Die Herztöne des Foetus sind links in normaler Frequenz deutlich zu hören.

Patientin bleibt 14 Tage zu Bett, ohne dass sich ihr Zustand im wesentlichen verändert. Sie klagt über Appetitlosigkeit, Magenschmerzen und Schlaflosigkeit.

Warme Bäder wirken günstig auf ihr Allgemeinbefinden, sie erhält acidum hydrochloricum, dreimal täglich werden Scheidenausspülungen gegen den Ausfluss gemacht.

Am 27. April geht, ohne dass besondere Wehen vorangegangen sind, reichliches, verfärbtes Fruchtwasser ab. Nach ca. 20 Stunden treten schwache Wehen auf; die Herztöne sind noch deutlich hörbar.

Am folgenden Morgen sind dieselben nicht mehr zu hören, die Temperatur der Gravida steigt am Nachmittag um 6 Uhr auf 38,7.

Die innere Untersuchung ergiebt einen für zwei Finger bequem durchgängigen Muttermund. Der Kopf steht in I. Schädellage. Die Kreissende erhält eine Ergotininjection, worauf die Wehen kräftiger werden.

Am 29. April ist der Muttermund handtellergross, die Wehen, die gänzlich aufgehört haben, stellen sich nach wiederholten Bädern wieder ein, die Kreissende erhält secale. Abends 11 Uhr wird die Kopfgeschwulst geboren, am nächsten Morgen ein grösseres Segment des Kopfes.

Gegen Mittag tritt der übelriechende, vollkommen schlottrige Kopf durch die Schamspalte. Die Wehen cessieren. Die putride Frucht wird durch Einhaken in die linke Schulter extrahiert.

Nachdem sofort im Anschluss hieran die Placenta entfernt ist, werden Lysolausspülungen gemacht, der Uterus mit Jodoformgaze austamponiert.

Auch während des Wochenbettes wurden Ausspülungen und zwar mit 3%iger Carbollösung gemacht, die Jodoformgaze wird nach dem zweiten Tage entfernt.

Am 6. Tage sind die Lochien wenig putride, die Temperatur steigt hier zum letzten Male über die Norm: 38'7 abends.

Darauf sind die Temperaturen stets normal und am 12. Tage verlässt die Patientin die Anstalt, nachdem ihr der dringende Rat zu einer Operation erteilt ist; ob dieselbe ausgeführt wurde, liess sich nicht ermitteln, da die Patientin ihre Wohnung aufgab, und ihr neuer Aufenthalt nicht festzustellen war.

Der zweite Fall betraf die 38 jährig VI para, Frau Margarete G. aus Rixdorf.

Patientin ist seit ihrem 15. Lebensjahr regelmässig menstruiert und seit 12 Jahren verheiratet. Sie hat 5 spontane Geburten durchgemacht. Das Wochenbett, das nie über 6 Tage ausgedehnt wurde, verlief immer normal. Seit der letzten Menstruation entleert sich beim Stuhlgang gleichzeitig Blut aus der Scheide, bei jeder Cohabitation ebenfalls reichlicher Blutabgang.

Seit 14 Tagen bemerkt die Patientin einen übelriechenden Ausfluss.

Die innere Untersuchung ergiebt einen pilzförmigen Tumor, wie ein Gänseei gross, der sich bis

in den Scheideneingang hinunterziehen lässt. Die vorgenommene Probeexcision und mikroskopische Untersuchung bestätigt die vorher gestellte Diagnose auf Carcinoma uteri.

3 Tage nach Eintritt in die Klinik wurde die vaginale Totalexstirpation des im dritten Monat graviden Uterus vorgenommen. Nach Umschneidung des Tumors wird der Douglas'sche Raum eröffnet. Die Operation dauert $1^1/_2$ Stunden. Patientin erholte sich vom zweiten Tage nach der Operation sehr rasch, verlässt nach 12 Tagen das Bett und wird nach weiteren 14 Tagen als geheilt entlassen.

Heute, 3 Jahre nach der Operation, kein Recidiv.

Hier sehen wir, wie dies so häufig bei der Complication von Carcinoma uteri und Gravidität vorkommt, dass die Diagnose auf Gravidität erst bei der Operation gestellt wurde. Der Grund hierfür liegt offenbar in dem Vorhandensein der Blutungen, die in uns sowohl, wie bei den Patienten, den Gedanken an eine bestehende Schwangerschaft nur in seltenen Fällen wachrufen.

Das Carcinom selbst ist allerdings auch im schwangeren Uterus sehr leicht zu diagnosticieren, da

der Unterschied zwischen dem weichen Uterus und der unregelmässig höckerigen Härte der Neubildung für den untersuchenden Finger deutlich wahrnehmbar ist.

Für die Therapie kommt in allererster Reihe in Betracht, wie die Prognose der bestehenden Complikation ist. Solange der Krebs noch operabel ist, rät Hermandez, den Uterus und seine Adnexe sofort zu exstirpieren ohne Rücksicht auf den Termin der Schwangerschaft. Dabei ist nach Möglichkeit eine Verunreinigung der Wände durch Carninommassen zu vermeiden und eine völlige Entfernung der Neubildung anzustreben. In den ersten drei Monaten wird dies durch die vaginale, später durch die abdominale Hysterektomie erreicht. Ist das Kind lebensfähig, so ist zuerst der Kaiserschnitt, dann die Totalexstirpation auszuführen. Bei inoperablem Carcinom soll man vor allem das Kind zu retten suchen.

Theilhaber hat aus der Litteratur 163 Fälle von carcinoma uteri gravidi zusammengestellt, denen er ca. 20 von ihm selbst beobachtete hinzufügt.

Die Behandlung derselben ist eine sehr verschiedene gewesen. Wiederholt hat man die Excochleation der Neubildung ausgeführt. Man wird heute

in all den Fällen von ihr absehen, wo das Carcinom auf eine oder die andere Weise operabel ist. Wenn dies nicht möglich, empfiehlt Theilhaber fortgesetzte Tamponade mit Jodoformgaze event. Kauterisation der blutenden Wucherungen mit dem Glüheisen oder einem Ätzmittel. Zu einer ausgiebigen Excochleation würde er nur im Notfalle greifen, da nach einer solchen öfters Abort erfolgt ist.

Die intravaginale Amputation der Portio ist nur zulässig bei etwa beginnendem Carcinom, welches aber sehr selten in ärztliche Behandlung kommt. Abort trat auch nach dieser Operation wiederholt ein. Weit bessere Chancen, wie sie, bietet die supravaginale Amputation des Cervix hinsichtlich völliger Entfernung des Krankhaften. Ihr haftet aber der Uebelstand an. dass sie so gut wie immer von Abort gefolgt ist, Theilhaber verwirft sie deshalb vollständig.

Sehr günstige Resultate hat die vaginale Totalexstirpation des Uterus während der ersten vier Schwangerschaftsmonate ergeben. Sämtliche 11 Fälle genasen.

Nach dem vierten Monat kommt die abdominale Totalexstirpation in Frage. Sie ist zehnmal ausge-

geführt worden. Vier Patientinnen starben. Er erteilt den Rat, mit Rücksicht auf die Infektionsgefahr bei rein abdomineller Operation durch das Durchziehen des carcinomatösen collum durch die Bauchhöhle, die Combination der ersteren mit der vaginalen, d. h. zunächst das corpus durch die Coeliotomie zu entfernen, dann den cervix per vaginam zu exstirpieren.

Aber auch vor diesem Verfahren giebt er der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft mit nachfolgender vaginaler Exstirpation in puerperio den Vorzug. 3 Patientinnen sind bisher in dieser Weise behandelt und alle geheilt. Auf das Leben des frühgeborenen Kindes ist keine Rücksicht zu nehmen, da durch die Totalexstirpation kein lebendes erzielt worden ist. Theilhaber rät die Frühgeburt mit heissen Douchen mit antiseptischen Lösungen zu beginnen. Reichen die Wehen zur Beendigung der Geburt nicht aus, so soll gewendet werden, nachdem die zerfallenen Massen mit Finger und Löffel entfernt worden sind.

Mit der Extraktion des Kopfes, falls sie Schwierigkeiten macht, wartet man, bis er sich configuriert hat. Ist eine spätere Totalexstirpation nicht mehr möglich, so ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, wie sie von einigen Geburtshelfern

empfohlen ist, contraindiciert, man wartet dann richtiger das normale Ende der Schwangerschaft ab.

Der Kaiserschnitt schliesslich ist dann indiciert, wenn die Gravide bereits so heruntergekommen ist, dass in allernächster Zeit der Tod zu erwarten ist, vorausgesetzt natürlich, dass das Kind lebensfähig ist; ferner bei einer eben an Carcinom Verstorbenen.

v. Otte beschreibt einen Fall von Exstirpation eines 6 Monate schwangeren Uterus wegen eines Cancroids der Vaginalportion. Die Exstirpation wurde per vaginam ausgeführt; ungefähr zwei Monate post operationem wird im Parametrium eine Verhärtung konstatiert. Ein bemerkenswerter Umstand am Präparate ist, dass die Eihäute nicht bis zum orificium internum herankommen, sondern in einiger Entfernung von ihm sich umwenden; die von den Häuten unbedeckte Stelle ist mit Schleim gefüllt.

Van der Mey erklärt sich als eifriger Vertreter der aktiven Behandlung, d. h. dass man, wenn das Carcinom noch wenig fortgeschritten ist, und die Parametrien noch nicht infiltriert sind, so bald wie möglich den schwangern Uterus total zu exstirpieren habe. Nur bei vollkommen circumscripten Carcinom

der portio vaginalis kann die Schröder'sche amputatio colli wie eine Radikaloperation betrachtet werden.

In ähnlicher Weise äussert sich Runge.

Gestattet, so sagt er, die Ausbreitung der Krankheit noch die Totalexstirpation, so ist dieselbe in den ersten Monaten nach der vaginalen Methode ohne Säumen vorzunehmen. Die Operation wird durch die Complikation mit Schwangerschaft nicht gefährlicher.

Bietet die Grösse des Uterus ein Hinderniss für diese Operation, so ist derselbe schleunigst durch Einleitung des künstlichen Abortes resp. der Frühgeburt zu entleeren und dann sogleich zu exstirpieren.

Ist das Ende der Gravidität erreicht, und die Entbindung per vias naturales bei operablem Carcinom noch möglich, so exstirpiere man sogleich nach geschehener Entbindung den carcinomatösen Uterus per vaginam. Stehen aber der Geburt oder künstlichen Frühgeburt durch das Becken wegen ausgebreiteter Wucherung Bedenken entgegen, so greife man zum Kaiserschnitt, an welchen man entweder die totale Entfernung des Uterus von der Bauchhöhle aus oder nach Entfernung der Placenta und ausgeführter Uterusnaht die vaginale Totalexstirpation schliesst.

Ist dagegen keine Aussicht für die Radikaloperation mehr vorhanden, so suche man durch Jodoformtampons die Blutung und Jauchung während der Schwangerschaft zu beschränken. Beginnt die Geburt, so ist die Lebensrettung des Kindes die einzige Richtschnur.

Ist die Geburt per vias naturales scheinbar möglich, so überlässt man die Austreibung des Kindes den Naturkräften, nachdem man die vorliegenden Krebsmassen nach Möglichkeit entfernt hat. Gewährt dagegen die Entbindung durch das Becken nicht die Aussicht auf ein lebendes Kind, so ist die Frau durch den Kaiserschnitt zu entbinden.

Dührssen empfiehlt auch in späteren Monaten der Schwangerschaft den Uterus durch Spaltung der vorderen Uteruswand per vaginam zu entleeren und hieran die Totalexstirpation zu schliessen.

Olshausen ist in vielen Beziehungen anderer Meinung, als diese Autoren.

Schon in Bezug auf die Prognose meint er, im Gegensatz zu vielen Gynäkologen, dass diese sich durch die Complikation mit Gravidität weit ungünster gestaltet. Denn wie in der Schwangerschaft Ge-

schwülste aller Art an allen möglichen Organen oft ein ungewöhnlich rasches Wachstum zeigen, wie besonders das Mammacarcinom in der Schwangerschaft und im Puerperium so rapide fortschreitet, dass man dafür den Namen Mastitis carcinomatosa erfunden hat, ebenso, ja noch rapider, werden am Uterus selbst mit seiner grossen Blutfülle die Neubildungen um sich greifen. Und dies beängstigende Wachstum erreicht nicht einmal mit der Geburt sein Ende, sondern schreitet auch noch im Puerperium in derselben Weise fort.

Was die Behandlung des carcinoma uteri gravidi anbetrifft, so haben wir die Zeit der Schwangerschaft resp. die schon eingetretene Geburt, die Chancen, die uns die totale Entfernung des Carcinoms, das Leben, die Lebensfähigkeit des Kindes sowie dessen Grösse in das Bereich unserer Erwägung zu ziehen.

Bei unserem Eingriff können wir entweder von der Absicht uns leiten lassen, die Geburt per vias naturales zu beendigen oder die Kranke von der Neubildung und dem Fötus zu befreien.

Im ersteren Falle werden wir die Zange, Incisionen des Muttermundes, Wendung, Perforation, Cranioclasie

anwenden müssen, im letzteren Falle kommt in Frage:

Die vaginale Totalexstirpation der schwangeren Gebärmutter oder die Exstirpation auf gleichem Wege nach vorher bewirkter Entleerung des Uterus, oder die abdominale Totalexstirpation des schwangeren Uterus, und endlich die Sectio caesarea mit oder ohne nachfolgender Uterusexstirpation.

Für die erste Zeit der Schwangerschaft ist die vaginale Exstirpation des Uterus das rationellste und sicherste Verfahren. Die meisten Operateure nehmen als äussersten Termin hierfür den dritten Monat an, Olshausen hat aber an zwei Fällen deutlich gezeigt. dass auch bei einem späteren Termin diese Methode erfolgreich angewendet werden kann.

In dem einen Falle handelt es sich um eine im vierten Monat Gravida, die noch nach $2^1/_2$ Jahren frei von Recidiv war, in dem anderen Falle hat es sich um eine 37 jährige VII para gehandelt. Sie war im fünften Monat gravida.

Aehnlich günstige Erfolge von dieser Methode sah van der Mey, Mary Smith, Ginke, Fritsch, Kaltenbach und andere, sodass Olshausen zu dem Schlusse

kommt, dass die Resultate der vaginalen Exstirpation carcinomatöser schwangerer Uteri bezüglich des momentanen Erfolges ausserordentlich günstige sind.

Auch die vaginale Exstirpation des Uterus nach seiner künstlichen Entleerung hat Olshausen bei mehreren Frauen in Anwendung gebracht.

Bei einer 26 jährigen III para machte er am 28. Mai die Excochleation und Aetzung mit 30%iger Chlorzinklösung. Darnach leitete er den Abort ein am 3. Juni Ausräumung, und schon am 13. Juni Exstirpation des Uterus, $2^1/_2$ Jahre nach der Oparation war die Betreffende noch gesund.

In ähnlicher Weise verfuhr Olshausen noch bei drei anderen Fällen, er lies zwischen der Entleerung des Uterus und seiner Exstirpation 8—10 Tage verstreichen und hält selbst diesen Zwischenraum für unnötig, vielmehr kann man, wie einige von ihm operierte Fälle zeigen, selbst nach einer reifen Geburt sofort der Entleerung die Exstirpation per vaginam folgen lassen.

In dem einen Falle, betreffend eine 41 jährige XII para, wurde, nachdem mittelst Wendung und nach folgender Extraktion ein totes, nicht reifes Kind geboren

wurde, schon zwei Tage darauf die Exstirpation des Uterus vorgenommen. Derselbe hat eine Länge von 15 cm. und hat am Fundus eine Peripherie von 34 cm. Die Grösse des Uterus hatte dem Operateur keine Schwierigkeiten bereitet.

Erscheint der Uterus für den vaginalen Weg zu gross, so wird die abdominale Totalexstirpation des vollen Uterus in Frage kommen. So operierte mit gutem Erfolge Fritsch bei einer siebenmonatlichen Schwangerschaft, v. Ott bei einer sechsmonatlichen Schwangerschaft, ebenso Mackenrodt bei einer sechsmonatlichen Schwangerschaft.

Welche Massnahmen sind bei einem lebenden Kinde zu treffen, falls die Geburt per vias naturales unmöglich erscheint?

Handelt es sich um ein nicht mehr radikal operables Carcinom, so kann der Kaiserschnitt und die Porro-Operation in Frage kommen. So hat Olshausen die Sectio caesarea in zwei Fällen bei einem inoperablen Uteruscarcinom gemacht, ohne weitere Massnahmen anzuschliessen. Dies erkennt er in seinem in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie gehaltenen Vortrage als einen Fehler an, welchem in Zukunft abzuhelfen ist.

Bei dem einen Falle handelt es sich um eine 33jährige XII para, welche mit einem Carcinom von erheblicher Ausdehnung in die Klinik kam.

Bei der nach mehrtägiger Geburtsthätigkeit vorgenommenen Sectio caesarea wird der Schnitt in den Fundus uteri gelegt, auf die vordere Wand übergreifend. Das asphyktische geborene Kind ist 59 cm lang und wiegt 3650 gr. Acht Tage lang war die Wöchnerin vollständig fieberlos, vom 9. bis 23. Tage besteht leichtes Fieber, am 31. Tage wurde die Frau entlassen.

Ähnlich verfuhr Olshausen bei einer 30jährigen Viertgebärenden, die fünf Tage nach der Geburt eines gut entwickelten, 53 cm langen und 3260 gr wiegenden Kindes an allgemeiner Sepsis zu Grunde ging.

Schliesslich kann noch der Fall eintreten, dass bei noch radikal entfernbarer Neubildung eine schon lebensfähige Frucht vorhanden ist. Hier ist in allererster Reihe das Leben der Mutter zu schonen.

Zunächst muss man daher zusehen, ob nicht die Geburt spontan verläuft; ist dies aber nicht der Fall, so muss daher der Kaiserschnitt gemacht werden, und es entsteht die Frage, ob die abdominale Uterusoperation oder die vaginale oder endlich die supra-

vaginale Uterusamputation mit nachfolgender Entleerung des Cervix durch die Vagina daran anzuschliessen ist.

Olshausen giebt in diesem Falle der vaginalen Exstirpation den Vorzug, ihm erscheint dieses Verfahren das rationellste und dasjenige zu sein, welches den grössten Erfolg verspricht.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht Herrn Professor Dr. Martin für die Ueberlassung des Materials und Empfehlung dieser Arbeit als Dissertation meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Frommel: Jahresbericht über die Fortschritte der Geburtshülfe und Gynäkologie.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.

Schröder: Lehrbuch der Geburtshülfe.

Winkel: Lehrbuch der Geburtshülfe.

Runge: Lehrbuch der Geburtshülfe.

Gusserow: Handbuch der Frauenkrankheiten.

Archiv für Gynäkologie.

Harlin: Zur Casuistik der Amputationen des cervix uteri in der Schwangerschaft.

Thesen.

I.

Ist bei der Complikation von Carcinomerkrankung des Uterus und Gravidität eine Radikaloperation des Carcinoms noch ausführbar, so darf dieselbe durch die Rücksicht auf die Erhaltung der Frucht nicht verzögert werden.

II.

Die Errichtung von Sanatorien ist für Phthisiker notwendig.

III.

Die Zähne Neugeborener sind zu entfernen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, mosaisch, geboren am 25. Januar 1867, Sohn des im Kriege gefallenen Kaufmanns Max Witkowski, besuchte das Gymnasium zu Bromberg; nachdem er dieses mit dem Reifezeugnis verlassen hatte, bezog er die Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, um sich bei der medizinischen Fakultät inskribieren zu lassen. Oktober 1888 trat er beim Gardefüsilier-Regiment ein und bestand im Winter-Semester 1896 die ärztliche Vorprüfung und März 1897 das Tentamen medicum und Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hatte er zu Lehrern folgende Herren:

v. Bardeleben†, v. Bergmann, Dubois-Reymond†, Gerhard, Gusserow, Guttmann†, Hartmann†, Hertwig, v. Hofmann†, Kundt†, Lewin, v. Leyden, Liebreich, Martin, Nagel, v. Noorden, Olshausen, Rubner, Schweigger, Schwendener, Schulze, Senator, Silex, Sonnenburg, Rud. Virchow, Waldeyer, Winter, Wolff.

Allen diesen, seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.